

**Antrag auf Sozialhilfe**

↓ Art der beantragten Hilfe

Persönliche Verhältnisse und Zugehörigkeit zu bestimmten Personengruppen	PZ 1	□ männl. □ weibl. □ div.		PZ 2	□ männl. □ weibl. □ div.		PZ 3	□ männl. □ weibl. □ div.	
	Hilfesuchende/Hilfesuchender (HS)				<input type="checkbox"/> Vater (bei unverheirateten Minderj.) <input type="checkbox"/> Ehegatte <input type="checkbox"/> Lebenspartner / in im Sinne des Lebenspartnerschaftsgesetzes <input type="checkbox"/> PartnerIn in eheähnlicher Gemeinschaft			<input type="checkbox"/> Mutter (bei unverheirateten Mj.) ↓ Art der Beziehung zur/zum HS <input type="checkbox"/>	
Familienname, Vorname auch Geburtsname									
Anschrift, Telefon									
Geburtsdatum und -ort									
Familienstand	seit			seit			seit		
Steueridentifikations-Nr. (freiwillig)									
Stellung im Haushalt	<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand	<input type="checkbox"/> Haushaltsangehörige(r)		<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand	<input type="checkbox"/> Haushaltsangehörige(r)		<input type="checkbox"/> Haushaltsvorstand	<input type="checkbox"/> Haushaltsangehörige(r)	
Staatsangehörigkeit									
Bei Ausländern/Spätaussiedlern: Aufenthaltsrechtl. Status									
bei 15 bis 64 Jährigen Schul- u. Berufsabschluss, ausgeübte Tätigkeit									
Falls arbeitslos, seit wann? Kunden-Nr. der Agentur für Arbeit									
Vormund/ Betreuer/in: Name, Anschrift, Telefon (Kopie der Bestellungsurkunde beifügen)									
Wohnbetreuung: Name, Anschrift, Telefon, (Bescheid des LV beifügen)									
Schwerbehindertenausweis (Ausweiskopie beifügen)	gültig bis		Buchstabe	gültig bis		Buchstabe	gültig bis		Buchstabe
	Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Ja, am <input type="checkbox"/> Nein			Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Ja, am <input type="checkbox"/> Nein			Antrag gestellt? <input type="checkbox"/> Ja, am <input type="checkbox"/> Nein		
Bei geschiedenen oder getrennt lebenden Ehegatten	Urteil vom		-Gericht in				Geschäftszeichen		

**Weitere Personen im Haushalt**

Persönliche Verhältnisse	PZ 4	□ männl. □ weibl. □ div.		PZ 5	□ männl. □ weibl. □ div.		PZ 6	□ männl. □ weibl. □ div.	
Familienname, Vorname auch Geburtsname,									
Steueridentifikations-Nr. (freiwillig)									
Geburtsdatum, Geburtsort und -kreis									
Familienstand	seit			seit			seit		
Persönliche Stellung zur/zum Hilfesuchenden									
Staatsangehörigkeit, bei Ausländern aufenthaltsrechtl. Status									
bei 15 bis 64 Jährigen Schul- u. Berufsabschluss, ausgeübte Tätigkeit									

<b>I. Unterhaltsberechtigte/unterhaltspflichtige Personen außerhalb des Haushaltes</b> (wie leibliche Kinder/Adoptivkinder, Eltern, geschiedene oder getrennt lebende Ehegatten/Lebenspartnerin/Lebenspartner)				
Familienname, Vorname	Geburtsdatum	Persönliche Stellung (z. B. zu PZ 1: Sohn)	Anschrift	
Besteht ein Unterhaltstitel?	Zu Zeile	Aktenzeichen	Zu Zeile	Aktenzeichen

<b>II. Bei Kindern nicht miteinander verheirateter Eltern</b>					
PZ	Name und Anschrift des unterhaltspflichtigen Elternteils	Vaterschaft anerkannt vor/festgestellt durch/am	Bei Unterhaltsbeistandschaft: Name und Anschrift des Jugendamtes	Höhe des festgesetzten mtl. Unterhaltsbeitrages	
				Betrag	ab
				EUR	
				EUR	

<b>III. Aufenthaltsverhältnisse</b>				
Zugezogen am	von	Grund		
<input type="checkbox"/> alle Personen	<input type="checkbox"/> PZ am	<input type="checkbox"/> PZ am	<input type="checkbox"/> PZ am	<input type="checkbox"/> PZ am
Falls früher Sozialhilfe bezogen wurde: Wo?		bis	Wer hat die Umzugskosten getragen?	
Aufenthalt vor der Beantragung der Hilfe (ggf. Aufenthalt in stationären Einrichtungen und Übertritt aus dem Ausland, vgl. § 108 SGB XII) Zeiten, Orte, stationäre Einrichtungen usw. bitte lückenlos angeben				
vom - bis		in		
Kostenträger des letzten Aufenthalts			Falls bereits aus der Einrichtung entlassen, Tag der Entlassung:	

<b>IV. Sind Angehörige durch Kriegereignisse gefallen, vermisst bzw. verstorben oder in Ausübung des Wehr-/Zivildienstes, durch Gewalttaten, durch Impfschäden geschädigt bzw. verstorben? Sind Angehörige von rechtsstaatswidrigen Entscheidungen der ehemaligen DDR betroffen?</b>	
Familienname, Vorname, Geburtsdatum, Verwandschaftsverhältnis, letzter Familienstand	

V. Kranken-/Pflegeversicherung der Personen im Haushalt		Art der Versicherung pfl = pflichtversichert fw = freiwillig versichert pv = privat versichert fam = familienversichert	Mitgliedschaft von - bis (falls Enddatum bekannt)
PZ	Leistungsträger usw. (genaue Anschrift)	Versicherungsnummer	

VI. Rentenversicherung		
PZ	Leistungsträger usw. (genaue Anschrift)	Versicherungsnummer
<input type="checkbox"/> Es wurden <u>freiwillige</u> Beiträge geleistet.		
<input type="checkbox"/> Es wurden sozialversicherungspflichtige Zeiten im <b>Ausland</b> zurückgelegt. <b>Bitte Nachweise vorlegen lassen.</b>		
PZ	Land	Zeiträume
<b>Bemerkungen:</b>		

VII. Einkommen		Bitte Einkommensnachweise vorlegen lassen					
Nachfolgend bitte die einzelnen Einkommen eintragen		Kein Einkommen	PZ	PZ	PZ	PZ	⇐ Hier sind die PZ der Personen einzutragen, die <b>kein Einkommen</b> haben
PZ	Einkommensschlüssel	Betrag	PZ	Einkommensschlüssel	Betrag		
		EUR			EUR		
		EUR			EUR		
		EUR			EUR		
		EUR			EUR		
		EUR			EUR		
<b>Einkommen - Schlüsselzahlen</b> 1.1 = Nichtselbstständige Tätigkeit (Nettoerwerbseinkommen) 1.2 = Krankengeld (einschließlich Arbeitgeberzuschuss) 2 = Land- und Fortwirtschaft 3 = Gewerbebetrieb 4 = Sonstige selbstständige Tätigkeit 5 = Kapitalvermögen 6 = Vermietung/Verpachtung (s. Rentabilitätsberechnung) <b>Renten</b> 7.1 = Erwerbsminderungsrente 7.2 = Altersruhegeld 7.3 = Unfallrente 7.4 = Landwirtsch. Ruhegeld 7.5 = Witwenrente 7.6 = Waisenrente 7.7 = Kinderzuschuss zu 7.1-7.3 7.8 = Pflegegeld zu 7.3 7.9 = Rente aus zusätzl. Altersvers. 8 = Sonstige Renten und Pensionen ohne Kinderzuschuss/-zulage <b>Leistungen nach dem BVG</b> 9.1 = Grundrente 9.2 = Sonstige (ggf. erläutern) <b>Leistungen nach dem LAG</b> 10.1 = Unterhaltshilfe 10.2 = Pflegegeld 10.3 = Entschädigungsrente <b>Leistungen nach dem SGB</b> 11.0 = ALG II / Sozialgeld 11.1 = Arbeitslosengeld 11.2 = Sonstiges 12 = Kindergeld 13 = Unterhaltsleistungen nach UVG 14 = Ausbildungs-Erziehungsbeihilfen 15 = Ausbildungsförderung 16 = Unterhaltsbeiträge 17 = Landesblindengeld / Landeshilfe für hochgradig Sehgeschwache 18 = Sonstige Einkünfte (bitte erläutern)							
<b>Bemerkungen:</b>							

VIII. Vom Einkommen evtl. absetzbare Beträge und besondere finanzielle Belastungen			Bitte Nachweise vorlegen lassen		
PZ	Bereinigungsschlüssel	Betrag	PZ	Bereinigungsschlüssel	Betrag
		EUR			EUR
		EUR			EUR
		EUR			EUR
		EUR			EUR

Schlüsselzahlen  
 Beiträge für freiwillige Versicherungen  
 20.1 = Hausratversicherung  
 20.2 = Krankenversicherung  
 20.3 = Rentenversicherung  
 20.4 = Unfallversicherung  
 20.5 = Sterbeversicherung  
 20.6 = Lebensversicherung  
 20.7 = Haftpflichtversicherung  
 21 = Pkw-Haftpflichtversicherung  
 22 = Aufwendung für Arbeitsmittel  
 23 = Beiträge für Berufsverbände  
 24 = Mehraufwendungen für doppelte Haushaltsführung  
 25.1 = öffentliche Verkehrsmittel  
 25.2 = Pkw  
 25.3 = Kleinst-Pkw  
 25.4 = Motorrad  
 25.5 = Mofa  
 26 = Sonstiges

Fahrtkosten zur Arbeitsstätte (soweit nicht erstattet)

PZ	Ggf. Begründung der Notwendigkeit, insbesondere bei Fahrtkosten (Entfernung zwischen Wohnung und Arbeitsstätte) und sonstigen absetzbaren Beträgen

IX. Bargeld, Guthaben (z. B. Spar- und Girokonten) und sonstige Vermögen (nach § 90 SGB XII)				Bitte Nachweise vorlegen lassen							
Hier sind die Personenziffern (PZ) der Personen einzutragen, bei denen kein Bargeld, Guthaben oder sonstiges Vermögen vorhanden ist.				PZ		PZ		PZ		PZ	
Nachfolgend bitte die Angaben der Personen eintragen, die Vermögen haben, und zwar bezogen auf jede einzelne Person											
PZ	Schl.	Art und Wert	Schlüsselzahlen: 30 = Bargeld 31 = Bank-/Sparguthaben 32 = Wertpapiere 33 = Forderungen 34 = Hauseigentum 35 = Sonstiger Grundbesitz 36 = Sonstiges Vermögen 37 = Kfz (Baujahr und Kilometerstand angeben)								
Übertragung von Vermögen: Wurde Vermögen in den letzten 10 Jahren auf andere Personen übertragen (z. B. Schenkung, Übergabevertrag, Altenteil)? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja von PZ (Verhandlung aufnehmen)											

X. Kosten der Unterkunft und Heizung (bei Haus-/Wohnungseigentum siehe Rentabilitätsberechnung)				Bitte Nachweise vorlegen lassen			
Kaltmiete (mtl. Betrag)	Nebenkosten (soweit nicht in der Miete enthalten, z.B. Flurbeleuchtung, Fahrstuhl, Treppenhausreinigung)	Einnahmen aus Untervermietung (mtl. Betrag)	Gesamtkosten der Unterkunft (mtl. Betrag)				
EUR	EUR	EUR	EUR				
Heizungsart <input type="checkbox"/> Zentralheizung <input type="checkbox"/> Einzelöfen	Energieart <input type="checkbox"/> Kohle <input type="checkbox"/> Öl <input type="checkbox"/> Gas <input type="checkbox"/> Nachtstrom <input type="checkbox"/> Haushaltsstrom <input type="checkbox"/> Fernwärme <input type="checkbox"/> Gasflaschen	Darin Kochfeuerung enthalten? <input type="checkbox"/> Nein <input type="checkbox"/> Ja					
Heizungspauschale monatlicher Betrag		zu zahlen an (auch Kundennummer angeben)					
EUR <input type="checkbox"/> ohne Warmwasserbereitung <input type="checkbox"/> mit Warmwasserbereitung							
Wohnungsgröße Gesamt qm	Anzahl der Räume	leer	möbliert	Wohngeld (Miet-/Lastenzuschuss) bewilligt bis			monatl. Betrag
	⇒ davon untervermietet:	Räume	Räume				EUR
Vermieterin/Vermieter (Name und Anschrift, Geschäftszeichen)							
Mieterin/Mieter der Wohnung							

<b>XI. Mögliche Ansprüche bzw. beantragte Leistungen</b>					
- Rentenversicherung - Krankenversicherung - Pflegeversicherung - Unfallversicherung - Lebens- und Sterbeversicherung - Leistungen der Grundsicherung für Arbeitsuchende (SGB II)		- Leistungen der Arbeitsförderung (SGB III) - Leistungen n. d. Bundesversorgungsgesetz (BVG) (z.B. Leistungen der Kriegsoferfürsorge, Leistungen für Impfgeschädigte, Leistungen für Opfer von Gewalttaten) - Ansprüche auf Sachleistungen (z.B. Altenteil, Wohnung, Beköstigung, Pflege, Deputate)		- sonstige Ansprüche (z.B. Kindergeld, Unterhaltsvorschuss, Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung, Erbansprüche, Schadensersatzansprüche, Versorgungs-/Zugewinnausgleich, Beihilfeanspruch, Lohnforderung, Unterhaltssicherung, Lastenausgleichsleistungen, Entschädigungsrente, Häftlingshilfe)	
PZ	Versicherungs-/Leistungsträger bzw. Schuldnerin/Schuldner usw. (genaue Anschrift), Renten- oder Aktenzeichen	Bemerkungen (z.B. Art des Anspruchs - siehe oben), Versicherungssumme, Fälligkeitstag, Versicherungszeiten		Leistung beantragt am	
PZ	Abgelehnt am	Falls Widerspruch/ Klage Datum, Geschäftszeichen			

Kontoinhaber/in	IBAN	Geldinstitut

### Antragsbegründung und besondere finanzielle Belastungen:

Der Antrag auf Sozialhilfe mit seinen Anlagen wurde für mich und für die mit mir in meinem Haushalt zusammenlebenden Personen wahrheitsgemäß ausgefüllt.

Ich beauftrage das kontoführende Geldinstitut mit Wirkung auch meinen Erben gegenüber, überzahlte Beträge der hilfefördernden Stelle zurück zu überweisen, soweit das Guthaben dazu ausreicht. Dieser Auftrag kann nur von mir – nicht jedoch von meinen Erben – bis zum 5. eines Monats für die darauffolgende Zahlung widerrufen werden.

Wer Sozialleistungen beantragt oder erhält, hat alle Tatsachen anzugeben, die für die Leistung erheblich sind, und auf Verlangen des zuständigen Leistungsträgers der Erteilung der erforderlichen Auskünfte durch Dritte zuzustimmen (§ 60 Abs. 1 Nr. 1 Sozialgesetzbuch I - SGB I -). Ich versichere, dass die vorstehenden Angaben vollständig und wahr sind. Es ist mir bekannt, dass ich wegen unvollständiger oder unwahrer Angaben strafrechtlich verfolgt werden kann (§ 263 Strafgesetzbuch - StGB) und zu Unrecht erhaltene Leistungen erstatten muss. Ich bin verpflichtet, unverzüglich und unaufgefordert Änderungen in den Verhältnissen mitzuteilen, die für die Leistung erheblich sind, insbesondere in den Einkommens-, Vermögens-, Familien- und Aufenthaltsverhältnissen (Wohnungswechsel, vorübergehende Abwesenheit - z. B. Krankenhausaufenthalte) auch die von Haushaltsangehörigen (§ 60 Abs. 1 Nr. 2 SGB I). Über die Folgen fehlender Mitwirkung bin ich belehrt worden (§ 66 SGB I).

Das Informationsblatt über die Erhebung personenbezogener Daten nach Art. 13 und 14 der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) wurde mir ausgehändigt.

Datum:	↓ Unterschrift	↓ Unterschrift	Aufgenommen durch:
	Hilfesuchende/r oder ihr/sein gesetzliche/r Vertreter/in	Ehegatte / Partner	